

担 当	G	L	事 務 長	専務理事

## 健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書

下記のとおり収入の額を申告し、関係書類を添えて申請をします。

被保険者証の記号		番 号		
被保険者	氏 名	性別		男・女
	生年月日	昭和 年 月 日		
	住 所	〒		
現在交付されている高齢受給者証の発効年月日		平成・令和 年 月 日		

### 70歳以上の被保険者・被扶養者および旧被扶養者※1の収入申告欄 (★欄は旧被扶養者を有する場合のみ記入)

	被保険者		被扶養者(旧被扶養者)		被扶養者(旧被扶養者)	
氏 名	同 上					
生 年 月 日			昭和 年 月 日		昭和 年 月 日	
いずれかに○をして下さい			被扶養者・旧被扶養者		被扶養者・旧被扶養者	
★被扶養者で無くなった日			平成・令和 年 月 日		平成・令和 年 月 日	
収入の種類	収入有無 ※2	収入額 ※3	収入有無 ※2	収入額 ※3	収入有無 ※2	収入額 ※3
公 的 年 金 (老齢基礎年金、老齢厚生年金 退職共済年金、退職年金など)	有 ・ 無	円	有 ・ 無	円	有 ・ 無	円
給与・賞与等収入 (パート収入等含)	有 ・ 無	円	有 ・ 無	円	有 ・ 無	円
その他の収入 ※4 ( ) 収入	有 ・ 無	円	有 ・ 無	円	有 ・ 無	円
個 人 小 計		円		円		円
			合 計			円

- ※1 「旧被扶養者」については裏面をご参照下さい。
- ※2 「有」「無」のいずれかに○をつけて下さい。
- ※3 「所得額」ではなく「収入額」を記入して下さい。
- ※4 「その他の収入」がある場合は、その種類を( )内に記入して下さい。

◎ この申請書は、高齢受給者証の交付日より14日以内届出が必要です。  
14日を超えて申請された場合は、やむを得ない理由があると認められる場合を除き、申請があった翌月から一部負担金の割合が変更されることとなります。

事 業 主 記 入 欄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人の署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	〒 -
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名印
	事業主受付日 年 月 日

健保受付日